

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΣΟΥΛΤΑΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΚΕΝΤΕΡΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: **Ο μητρικός θηλασμός σε πληθυσμιακές ομάδες του Νομού Λάρισας**



ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ιστορική αναδρομή
Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού
Πλεονεκτήματα για τα παιδιά
Πλεονεκτήματα για τη μητέρα
Συχνότητα μητρικού θηλασμού σε Ελλάδα και Εξωτερικό
Παράγοντες που επηρεάζουν τον μητρικό θηλασμό
Τρόποι προώθησης του μητρικού θηλασμού

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός
Μεθοδολογία
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Βιβλιογραφία

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



Ο μητρικός θηλασμός είναι μια βιολογική διαδικασία γνωστή στο ανθρώπινο είδος εδώ και 40.000 χρόνια και υπήρξε η μόνη επιλογή των νεογέννητων για επιβίωση του ανθρώπινου είδους. Τις τελευταίες δεκαετίες η ανακάλυψη των τυποποιημένων γαλάτων και η χρήση τους στην βρεφική και παιδική διατροφή είναι τόσο ευρεία που φτάσαμε στο λυπηρό σημείο να θεωρείται αυτονόητη η τεχνητή διατροφή.

Ο 20ς αιώνας υπήρξε περίοδος μεγάλων κοινωνικών αλλαγών που προετοίμασαν το έδαφος για δραματικές αλλαγές στην βρεφική διατροφή. Από το 1920 έως το 1950 ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (από τη φυσική μητέρα ή την τροφό) άρχισε να φθίνει ως πρακτική και τυποποιημένα βρεφικά γάλατα έγιναν πλέον διαθέσιμα.

Η εσωτερική μετανάστευση μαζί με την υποδοχή προσφύγων της Μικρασιατικής καταστροφής οδήγησε σε αύξηση του πληθυσμού των αστικών κέντρων. Παράλληλα, αυξήθηκε ο αριθμός των γυναικών που εργάζονται, οι οποίες συνέβαλαν στην βιομηχανική και βιοτεχνική ανάπτυξη της χώρας. Αυτά έπαιξαν ρόλο στη εισαγωγή υποκατάστατων γάλατος στην βρεφική διατροφή.

Οι πρώτες που υιοθέτησαν τη χρήση υποκατάστατων στην βρεφική διατροφή ήταν οι αστές, οι οποίες ακολούθησαν την προτροπή των ειδικών για αντικατάσταση του απογευματινού γεύματος από τον 2ο μήνα ήδη, ώστε να μπορεί η μητέρα να ασχοληθεί με τις κοινωνικές της υποχρεώσεις. Σταδιακά οι οδηγίες προς τις θηλάζουσες μητέρες γίνονται όλο και πιο αυστηρές, συστήνοντας τακτικό ωράριο γευμάτων, απαγόρευση νυκτερινού γεύματος, ζύγισμα του βρέφους πριν και μετά τον θηλασμό και αποθηλασμό κατά τον 9^ο μήνα. Οι μητέρες ενθαρρύνονταν επίσης να εμπλουτίζουν τη δίαιτα του βρέφους με συμπληρωματικές τροφές από τον 2ο μήνα.

Οι Ελληνίδες σταδιακά υιοθέτησαν τη χρήση των εναλλακτικών μορφών σίτισης συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στη μετάβαση από τον αποκλειστικό θηλασμό προς τη μικτή διατροφή.

Ακολούθησαν οι γυναίκες της εργατικής τάξης καθώς οι υπάρχοντες θεσμοί για την προστασία της μητρότητας που συνέβαλαν στη διατήρηση του μητρικού θηλασμού ήταν ανεπαρκείς. Οι εργαζόμενες μητέρες ειδικότερα υποχρεώθηκαν να εγκαταλείψουν το μητρικό θηλασμό και λόγω της έλλειψης ενός νομοθετικού πλαισίου που θα τον επέτρεπε.

Στις αγροτικές περιοχές οι αλλαγές στη σίτιση των βρεφών ήρθαν αργότερα. Κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου η διατροφή των

βρεφών βασίζονταν ακόμη στον παρατεινόμενο θηλασμό γεγονός που συνάδει και με τη χαμηλότερη βρεφική θνησιμότητα σε αυτή την κοινωνική τάξη.

Ενόψει των ανησυχητικά υψηλών ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας που σχετίζονταν με τις αλλαγές στην βρεφική διατροφή οι φορείς του κράτους προέβησαν σε πρωτοβουλίες ενημέρωσης των γυναικών σε θέματα βρεφικής διατροφής από τη δεκαετία του 1920.

Οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας αντιμετώπισαν τη διατροφή των βρεφών γενικότερα και τον θηλασμό ειδικότερα ως ιατρικές διαδικασίες και προώθησαν την εφαρμογή αυστηρών κανόνων στη σίτιση των βρεφών. Δίνονταν αυστηρές οδηγίες θηλασμού και έτσι μια απλή και έτσι μια φυσική διαδικασία που είναι ο θηλασμός έγινε δυστυχώς περίπλοκη.

Το μητρικό γάλα είναι τροφή υψηλής ποιότητας και αναντικατάστατο. Από την πρώτη στιγμή, λοιπόν, του μητρικού θηλασμού τα οφέλη για την μητέρα και το παιδί είναι μοναδικά και ανεκτίμητα, πράγμα που συνεχίζεται καθόλη την διάρκεια αυτού. Τα πλεονεκτήματα για το παιδί και τη μητέρα που θηλάζει είναι ανεκτίμητα. Το πρωτόγαλα ή πύαρ που είναι η πρώτη τροφή για το νεογέννητο, όχι άδικα χαρακτηρίζεται ως 'λευκό αίμα' ή 'υγρό χρυσάφι' ή 'πρώτος εμβολιασμός' γιατί είναι πλούσιο σε αντισώματα, ενεργά ανοσολογικά κύτταρα και πρωτεΐνες που προστατεύουν το μωρό από την έκθεση μικροβίων και αποφυγή πιθανών λοιμώξεων.

Σε ότι αφορά το παιδί, ο μητρικός θηλασμός:

□ 1 Προφυλάσσει από αλλεργίες. Όταν μάλιστα υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αλλεργίας αυτό γίνεται ακόμη πιο σημαντικό.

2 Προστατεύει από λοιμώξεις. Το μητρικό γάλα και ειδικά το πρωτόγαλα, με τα αντισώματα που περιέχει, είναι το μόνο που γεφυρώνει την ευαίσθητη περίοδο, από τη γέννηση του παιδιού μέχρι τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου, περίοδο κατά την οποία η ικανότητα παραγωγής αντισωμάτων από το παιδί είναι περιορισμένη. Τα παιδιά που θηλάζουν πάσχουν πολύ λιγότερο από ασθένειες όπως γαστρεντερίτιδες, λοιμώξεις του αναπνευστικού, ωτίτιδες και ουρολοιμώξεις και χρειάζονται λιγότερο συχνά νοσηλεία.

3 Έχει συσχετισθεί με πολύ καλύτερη πνευματική ανάπτυξη. Κατά μέσο όρο, ο δείκτης νοημοσύνης είναι κατά 8.3 μονάδες

μεγαλύτερος από τα μη θηλάζοντα. Αυτό, έχει να κάνει με την ειδική σύσταση των λιπών του μητρικού γάλακτος, που ευνοεί την ανάπτυξη του εγκεφάλου του μωρού.

4 Αυξάνει την επιβίωση των πρόωρων. Ειδικά για τα πρόωρα είναι η ιδανική τροφή καθώς τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι το γάλα μητέρων που γεννούν πρόωρα έχει σημαντικά μεγαλύτερη περιεκτικότητα λευκωμάτων από το γάλα μητέρων που γεννούν κανονικά.

5 Έχει εξαιρετικά συναισθηματικά οφέλη. Σχετίζεται με πιο υγιή ψυχική ανάπτυξη. Τα παιδιά που θηλάζουν έχουν πολύ μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, γίνονται πιο γρήγορα ανεξάρτητα και κλαίει λιγότερο.

6 Ανάπτυξη των οστών και των μυών του προσώπου, οδοντοφυΐα: κατά τον θηλασμό γυμνάζονται καλά οι μύες του προσώπου, πράγμα που έχει μακροχρόνιες επιδράσεις στην ανάπτυξη των οστών, στην οδοντοφυΐα και φυσικά στην ανάπτυξη του λόγου. Επίσης, το γεγονός ότι το μητρικό γάλα δεν περιέχει ζάχαρη, σε αντίθεση με το τροποποιημένο γάλα αγελάδας, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, για την πρόληψη της τερηδόνας.

7 □Είναι εύπεπτο, η διάσπαση και ο μεταβολισμός του δεν επιβαρύνει τους νεφρούς και το ήπαρ του μωρού. Τα μωρά που θηλάζουν έχουν λιγότερους κολικούς και δερματικούς ερεθισμούς στην περιοχή της πάνας.

8 Συχνός θηλασμός από την πρώτη στιγμή μειώνει τον κίνδυνο του νεογνικού ίκτερου.

9 □Μειώνει τον κίνδυνο αιφνιδίου νεογνικού θανάτου, οι ακριβείς αιτίες του οποίου δεν έχουν ακόμα διαλευκανθεί.

10 Προφυλάσσει από την παχυσαρκία, το σακχαρώδη διαβήτη, μερικές μορφές καρκίνου, καρδιοπάθειες και τη σκλήρυνση κατά πλάκας.

11 Μέσα στο γάλα υπάρχει μια φυσική ηρεμιστική ουσία, η απομορφίνη που ανήκει στην κατηγορία των ενδορφινών με αναλγητική δράση.

Τα πλεονεκτήματα για τη μητέρα από τον μητρικό θηλασμό είναι:

1 Παλινδρόμηση της μήτρας μετά τον τοκετό.

2 Προστασία από καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών.

Επίσης, ο θηλασμός προστατεύει από τον καρκίνο του ενδομήτριου, από ουρολοιμώξεις και, ακόμα, σύμφωνα με ορισμένες άλλες έρευνες, ο θηλασμός πιθανότατα προλαμβάνει την οστεοπόρωση.

3 Αδυνατίσµα: Οι µητέρες που θηλάζουν συνήθως αδυνατίζουν πιο εύκολα από αυτές που ταΐζουν τα µωρά τους µε τυποποιηµένο γάλα.

4 Το µητρικό γάλα είναι φθινό, παντού και πάντα διαθέσιµο, στην κατάλληλη σύσταση και θερμοκρασία.

5 Οι ορµόνες που παράγονται κατά το θηλασµό στο σώµα της µητέρας την κάνουν πιο ευαίσθητη και διευκολύνουν την ανάπτυξη µιας βαθιάς σχέσης αγάπης και στοργής µε το µωρό θέτοντας τις πρώτες γερές βάσεις της ψυχολογικής του ανάπτυξης.

6 Αντισύλληψη: Σε σηµαντικό ποσοστό (75%), προφυλάσσει από νέα εγκυµοσύνη στο εγγύς μέλλον.

7 Ανταπόκριση και χαλάρωση Ο θηλασµός προωθεί την άµεση ανταπόκριση της µητέρας µε ευαισθησία προς τις ανάγκες του µωρού της. Επίσης, όταν το µωρό θηλάζει συχνά στη διάρκεια της ηµέρας, µια µητέρα χρειάζεται να καθίσει και να ηρεμήσει µαζί του σε κάθε γεύµα. Η επιπλέον αυτή ανάπαυση βοηθάει το σώµα της να αναρρώσει µετά τον τοκετό και τις πιέσεις της µητρότητας.

Επιπλέον, οι περισσότερες µητέρες αισθάνονται πιο κοντά στο µωρό τους όταν το κρατάνε πιο συχνά αγκαλιά. Σύμφωνα µε τον Dr. William Sears, συγγραφέα, παιδίατρο και πατέρα επτά παιδιών: "Οι µητέρες που θηλάζουν ανταποκρίνονται στα µωρά τους ενστικτωδώς και µε λιγότερους ενδοιασµούς. Τα μηνύµατα που δίνει το µωρό όταν πεινάει ή είναι στεναχωρηµένο προκαλούν µια βιολογική αντίδραση στο σώµα της µητέρας (το αντανακλαστικό της έκκρισης του γάλακτος) και η µητέρα αισθάνεται την έντονη επιθυµία να σηκώσει το µωρό της και να το θηλάσει.

Οικονοµικά και Οικολογικά Οφέλη

Τα πλεονεκτήµατα του θηλασµού ξεπερνούν τα όρια της οικογένειας. Ο θηλασµός είναι η πιο οικολογική µορφή ταΐσµατος. Μειώνει την μόλυνση του αέρα, του νερού και του εδάφους από την παραγωγή και τις συσκευασίες του τυποποιηµένου γάλακτος. Δεν καταναλώνει πηγές ενέργειας, όπως η προετοιµασία του ξένου γάλακτος και η αποστείρωση του µπιµπερό. Όταν οι περισσότερες µητέρες θηλάζουν, η οικονοµία της χώρας εξοικονοµεί τεράστια ποσά που διαφορετικά θα ξοδεύονταν για την εισαγωγή πρώτων υλών και έτοιµων προϊόντων τυποποιηµένου γάλακτος.

□□ Το νοσοκοµείο Jose Fabella των Φιλιππίνων εξοικονόµησε περισσότερα από 100.000 δολάρια, δηλαδή το 8% του ετήσιου προϋπολογισµού του, προωθώντας και εφαρµόζοντας αποκλειστικά τον µητρικό θηλασµό.

□□ Στην Βραζιλία οι υπεύθυνοι του νοσοκομείου Acari εκτιμούν ότι πάνω από 20.000 δολάρια εξοικονομήθηκαν σε λιγότερο από 2 χρόνια με την αποκλειστική εφαρμογή του μητρικού θηλασμού.

□□ Στην Ολλανδία, σχετική έρευνα του Πανεπιστημίου του Άμστερνταμ απέδειξε ότι μια αύξηση του ποσοστού του θηλασμού κατά 5% είναι δυνατόν να εξοικονομήσει το ποσό των 850.000 δολαρίων ετησίως.

Εκτίμηση του κόστους διατροφής ανά μητέρα και παιδί όταν το παιδί δεν διατρέφεται με μητρικό γάλα, αλλά με φόρμουλα:

□□ Για ένα μήνα **120-150** ευρώ

□□ Για έξι μήνες **720-900** ευρώ

□□ Για ένα χρόνο **1440-1800** ευρώ!!

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΈΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Δημογραφικοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένων εθνικότητας, κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, μορφωτικού επιπέδου και ηλικία της μητέρας, συνθηκών και πολιτικής της Κλινικής κατά τον τοκετό (πολιτική προώθησης ξένου γάλατος), όλα αυτά φαίνεται να επηρεάζουν την έναρξη και διατήρηση του μητρικού θηλασμού.

Πιο συγκεκριμένα:

Οι γυναίκες που είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν είναι αυτές που είναι νέες, έχουν χαμηλό εισόδημα, ανήκουν σε εθνική μειονότητα, δεν υποστηρίζονται και δεν απασχολούνται με πλήρες ωράριο, αποφάσισαν να θηλάσουν κατά τη διάρκεια ή στο τέλος της εγκυμοσύνης, έχουν αρνητική στάση απέναντι στον θηλασμό και έχουν χαμηλή πεποίθηση στην ικανότητά τους να θηλάσουν.

Πολλές γυναίκες πάντως, επιλέγουν το βρεφικό γάλα του εμπορίου, καθώς θεωρούν ότι το τάισμα με το μπιμπερό τους διασφαλίζει περισσότερο ελεύθερο χρόνο για να ασχοληθούν και με άλλες δραστηριότητες.

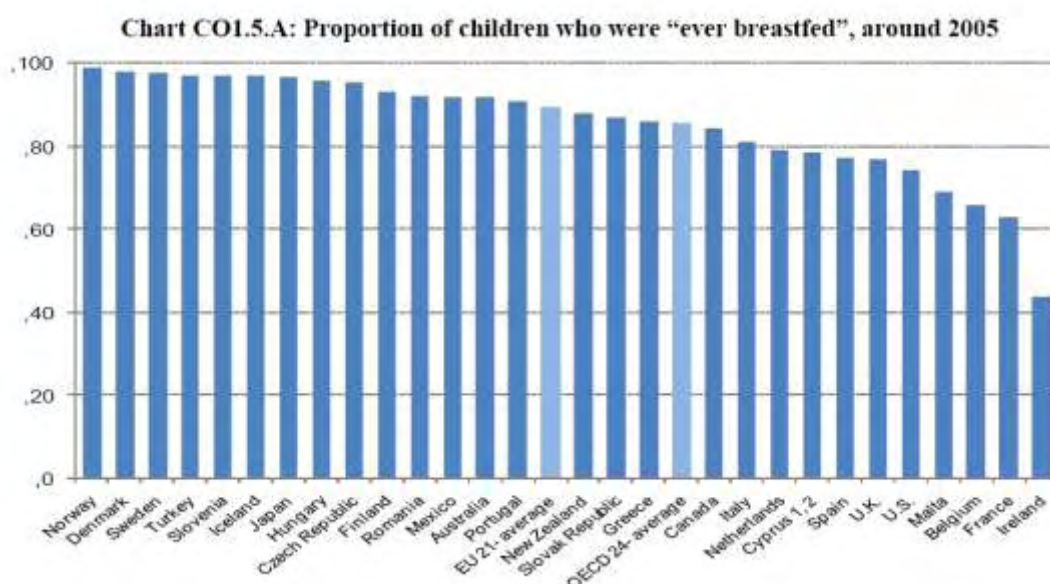
Οι μητέρες που υποστηρίζονται από τις μητέρες τους ή μη επαγγελματίες υγείας έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν τα παιδιά τους. Επίσης, αυτές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, όπως προκύπτει από πολλές μελέτες, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν και μάλιστα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, επίσης, φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο.

Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να επιδράσουν αρνητικά, αν δεν υποστηρίξουν και πληροφορήσουν σωστά τη μητέρα. Επιπλέον, μια σειρά από ρουτίνες στο νοσοκομείο είναι εν δυνάμει επιζήμιες για το θηλασμό.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Η συχνότητα του μητρικού θηλασμού για πολλά χρόνια ήταν παγκοσμίως χαμηλή και σήμερα ποικίλλει ευρέως. Σε μερικές χώρες, όπως οι σκανδιναβικές, η συχνότητα του μητρικού θηλασμού άρχισε να αυξάνεται στο τέλος της δεκαετίας του 1980 και σήμερα είναι εξαιρετικά υψηλή (95%), σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Από το 2005, τα ποσοστά των παιδιών που είχαν θηλάσει έστω και για λίγο ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των διάφορων χωρών και κυμαίνονται από λιγότερο από 70% στην Ιρλανδία και τη Γαλλία, μέχρι σχεδόν 100% στη Δανία, τη Σουηδία και τη Νορβηγία.



Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, το ποσοστό των παιδιών που θηλάζουν μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας παντού. Κατά μέσο όρο,

σχεδόν πέφτει στο ήμισυ το σύνολο των βρεφών 3 μηνών που θηλάζουν από αυτά που έχουν θηλάσει αποκλειστικά. Ακόμη περισσότερο πέφτει το ποσοστό (στο 25%) των βρεφών 6 μηνών που θηλάζουν.

Chart CO1.5.B: Proportion of children who were exclusively breastfed at 3, 4 and 6 months, around 2005

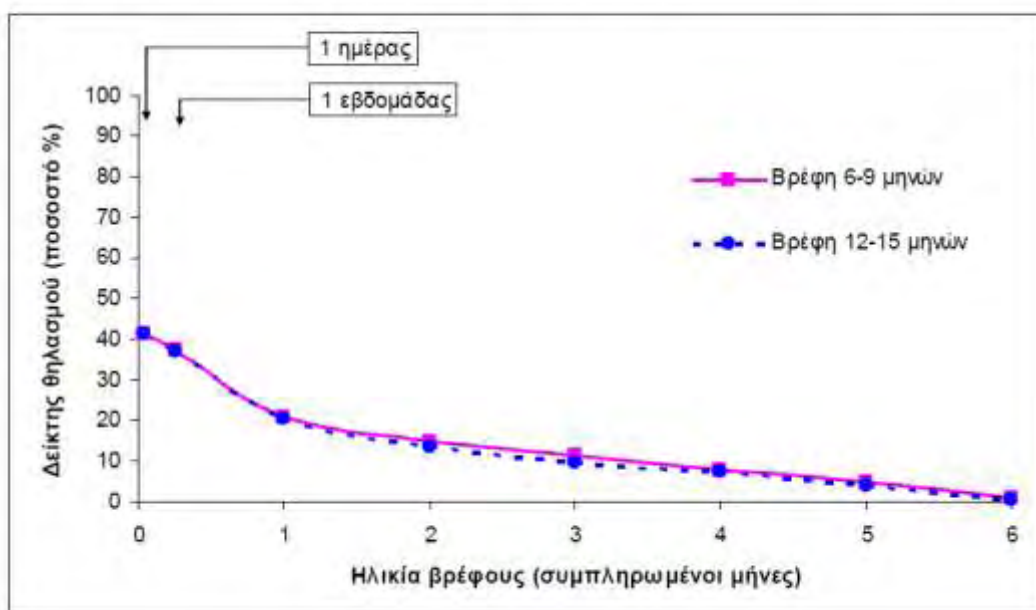


Η επιστροφή στην εργασία είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους οι μητέρες ποτέ δεν ξεκινούν να θηλάσουν ή το κάνουν για σύντομα χρονικά διαστήματα (Baker και Milligan, 2007). Η συχνότητα εμφάνισης του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και η διάρκειά της έχει την τάση να είναι υψηλότερη / μεγαλύτερη σε χώρες με μεγάλες άδειες μητρότητας / γονική άδεια, όπως στις σκανδιναβικές χώρες, την Ουγγαρία και την Τσεχική Δημοκρατία, αλλά η σχέση αυτή δεν ισχύει πάντα, όπως δείχνουν η βρετανική και η ιρλανδική εμπειρία. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες του θηλασμού περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του βρέφους και η πολιτιστική στάση απέναντι στον θηλασμό (Tarrant και Kearney, 2008).

Σε ότι αφορά την Ελλάδα, στην έρευνα που έγινε το 2009 από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού έχουμε την πλειονότητα των γυναικών που ρωτήθηκαν (89%) να δηλώνει ότι είχε αποφασίσει να θηλάσει το μωρό πριν αυτό γεννηθεί και περίπου το ίδιο ποσοστό γυναικών (88%) ξεκίνησε να θηλάζει. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας συνέχισαν να θηλάζουν 83% των γυναικών, στο τέλος του 1^{ου} μήνα 60%, στο τέλος του 3^{ου} μήνα 39% και στο τέλος του 6^{ου} μήνα 22%. Όσο για τον θηλασμό μετά τους 6 μήνες, μόνο 9% διατήρησαν το θηλασμό σε συμπληρωμένους 9 μήνες και

6% σε συμπληρωμένους 12 μήνες. Φάνηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης μας ότι το επίπεδο του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα είναι χαμηλό. Την πρώτη ημέρα ζωής θήλασαν αποκλειστικά 41% των γυναικών, στο τέλος του πρώτου μήνα θήλαζε μόλις το 21%, στο τέλος του 3^{ου} μήνα 11% και τον 6^ο μήνα το ποσοστό αυτό σχεδόν μηδενίστηκε (0,8%).

Διάγραμμα 1: Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες για τα δείγματα 1 και 2 (6 και 12 μηνών αντίστοιχα)



Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 2009

1. Έναρξη θηλασμού (breastfeeding initiation): θηλασμός κατά τη συμπλήρωση του 1^{ου} 24ώρου ζωής.
2. Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (exclusive breastfeeding): το βρέφος λαμβάνει μόνο μητρικό γάλα και τίποτα άλλο, με μόνη εξαίρεση βιταμίνες, μέταλλα ή φάρμακα.
3. Σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (predominant breastfeeding): το βρέφος λαμβάνει μητρικό γάλα και άλλα υγρά όπως νερό, χυμό, διαλύματα επανυδάτωσης, αφεψημάτα και βιταμίνες, μέταλλα ή φάρμακα.
4. Πλήρης μητρικός θηλασμός (full breastfeeding): το άθροισμα αποκλειστικού και σχεδόν αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Αν από το σύνολο των βρεφών αφαιρεθούν αυτά που υπάγονται στην κατηγορία του πλήρους μητρικού θηλασμού εξάγεται ποσοστό συμπληρωματικό του πλήρους μητρικού θηλασμού, που αντιστοιχεί στα βρέφη που λαμβάνουν τροποποιημένο γάλα αγελάδας.
5. Μητρικός θηλασμός (breastfeeding): θηλασμός, ανεξάρτητα αν είναι αποκλειστικός, σχεδόν αποκλειστικός ή σε συνδυασμό με τεχνητό γάλα ή άλλη τροφή. Αν από το σύνολο των βρεφών αφαιρεθούν αυτά που υπάγονται στην κατηγορία του μητρικού θηλασμού εξάγεται ποσοστό συμπληρωματικό του μητρικού θηλασμού, που αντιστοιχεί στα βρέφη που λαμβάνουν

αποκλειστικά τροποποιημένο γάλα αγελάδας.

6. Συμπληρωματικός μητρικός θηλασμός (complementary feeding): το βρέφος λαμβάνει στέρεες τροφές και μητρικό γάλα.

Πίνακας 4: Συσχέτιση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού τον 1^ο συμπληρωμένο μήνα, του μητρικού θηλασμού τον 3^ο και τον 6^ο συμπληρωμένο μήνα για το δείγμα 1 (6 μηνών) με επιλεγμένους παράγοντες

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός στον 1 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 3 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 6 ^ο συμπληρωμένο μήνα		
	n/N	% (95% Δ.Α.) ^a	Τμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.) ^a	Τμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.) ^a	Τμή κριτηρίου p
Ηλικία μητέρας ≤ 19 ετών 20-24 ετών 25-29 ετών 30-34 ετών 35-39 ετών ≥ 40 ετών	0/8 84/3 29/159 48/224 32/117 2/22	0 18,6 (9,7-32,6) 17,6 (12,5-24,3) 21,4 (16,6-27,3) 27,4 (20,1-36,1) 9,1 (2,5-27,8)	0,1463	1/9 17/43 58/153 93/226 57/119 7/22	11,1 (2,0-43,5) 39,5 (26,4-54,4) 35,6 (28,6-43,2) 39,8 (33,7-46,3) 47,9 (39,1-56,8) 31,8 (16,4-52,7)	0,1483	0/9 16/43 34/163 47/226 28/119 5/22	0 32,6 (20,5-47,5) 20,9 (15,3-27,7) 20,8 (16,0-26,6) 23,5 (16,8-31,9) 22,7 (10,1-43,4)	0,3245
Χώρα καταγωγής μητέρας Ελλάδα Άλβανία Άλλη	102/495 7/42 9/37	20,6 (17,3-24,4) 16,7 (8,3-30,6) 24,3 (13,4-40,1)	0,7006	166/501 29/43 15/39	37,1 (33,0-41,4) 67,4 (52,5-79,5) 38,5 (24,9-54,1)	0,0005	96/501 22/43 10/39	19,2 (16,0-22,8) 51,2 (36,8-65,4) 25,6 (14,6-41,1)	<0,0001
Γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας Αττική Στερεά Ελλάδα/Ευβοία Πελοπόννησος Ιόνια Νήσα Ηπείρος Θεσσαλία Μακεδονία Θράκη Αιγαίο Κρήτη	62/246 4/29 11/41 0/0 1/10 5/28 24/139 3/24 5/24 4/33	25,2 (20,2-31,0) 20 (8,1-41,8) 26,8 (15,7-41,9) 0 10,0 (1,8-40,4) 17,9 (7,9-35,6) 17,3 (11,9-24,4) 12,5 (4,3-31,0) 14,7 (6,4-30,1) 12,1 (4,8-27,3)	0,3402	101/248 9/22 19/42 0 3/10 8/28 52/141 8/25 19/36 12/34	40,7 (34,8-46,9) 40,9 (23,3-61,3) 45,2 (31,2-60,1) 0 30,0 (10,8-60,3) 28,5 (15,3-47,1) 36,9 (29,4-46,1) 32,0 (17,2-51,6) 52,8 (37,0-68,0) 35,3 (21,5-52,1)	0,5987	54/248 8/22 10/42 0 2/10 5/28 25/141 5/25 12/36 8/34	21,8 (17,1-27,3) 36,4 (19,7-57,0) 23,8 (13,5-38,5) 0 20,0 (5,7-51,0) 17,9 (7,9-35,6) 17,7 (12,5-24,9) 20,0 (8,9-39,1) 33,3 (20,2-48,7) 23,5 (12,4-40,0)	0,5015
Εκπαίδευση μητέρας κάτω του σχολείου μερικές τάξεις δημοτικού απόφοιτος γ' τάξης γυμνασίου απόφοιτος λύκειου απόφοιτος ΤΕΙ απόφοιτος ΑΕΙ	0/4 0/0 5/29 5/45 51/287 11/54 46/155	0 - 17,2 (7,6-34,5) 11,1 (4,8-23,5) 17,8 (13,8-22,6) 20,4 (11,8-32,9) 29,7 (23-37,3)	0,0239	0/5 0/0 10/30 19/47 105/290 17/56 79/156	0 - 33,3 (19,2-51,2) 40,4 (27,6-54,7) 36,2 (30,9-41,9) 30,5 (20,3-44,6) 50,6 (42,9-58,4)	0,0189	0/5 0/0 6/30 13/47 54/290 10/55 45/156	0 - 20,0 (9,5-37,3) 27,7 (16,9-41,8) 18,6 (14,6-23,5) 18,2 (10,2-30,3) 28,8 (22,3-36,4)	0,1080

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 2009

Σε μελέτη που αφορούσε την περιοχή της Βορειοδυτικής Ελλάδας το 1997 το 81.2% των γυναικών ξεκινούσε να θηλάζει (39.2% αποκλειστικά) ενώ μόνο 22.6% (9% αποκλειστικά) συνέχιζε μέχρι τον 6 μήνα.

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Κρήτη το 1989 κάνουν λόγο για 67% των γυναικών που θηλάζουν για 10-39 ημέρες και μόνο 6.5% για 6 μήνες.

ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός στον 1 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 3 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 6 ^ο συμπληρωμένο μήνα		
	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p
Ηλικία μητέρας ≤ 19 ετών 20-24 ετών 25-29 ετών 30-34 ετών 35-39 ετών ≥40ετών	0/8 8/43 28/159 48/224 32/117 2/22	0 18,6 (9,7-32,6) 17,6 (12,5-24,3) 21,4 (16,6-27,3) 27,4 (20,1-36,1) 9,1 (2,5-27,8)	0,1463	1/9 17/43 58/163 90/226 57/119 7/22	11,1 (2,0-43,5) 39,5 (26,4-54,4) 35,6 (28,6-43,2) 39,8 (33,7-46,3) 47,9 (39,1-56,8) 31,8 (16,4-52,7)	0,1463	0/9 14/43 34/163 47/226 28/119 5/22	0 32,6 (20,5-47,5) 20,9 (15,3-27,7) 20,8 (16,0-26,6) 23,5 (16,8-31,9) 22,7 (10,1-43,4)	0,3245
Χώρα καταγωγής μητέρας Ελλάδα Αλβανία Άλλη	102/495 7/42 9/37	20,6 (17,3-24,4) 16,7 (8,3-30,6) 24,3 (13,4-40,1)	0,7006	186/501 29/43 15/39	37,1 (33,0-41,4) 67,4 (52,5-79,5) 38,5 (24,9-54,1)	0,0005	96/501 22/43 10/39	19,2 (16,0-22,8) 51,2 (36,8-65,4) 25,6 (14,6-41,1)	<0,0001
Γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας Αττική Στερεά Ελλάδα/Εύβοια Πελοπόννησος Ιόνια Νήσα Ηπείρος Θεσσαλία Μακεδονία Θράκη Αργολο Κρήτη	62/246 4/20 11/41 0/0 1/10 5/28 24/139 3/24 5/24 4/33	25,2 (20,2-31,0) 20 (8,1-41,6) 26,8 (15,7-41,9) - 10,0 (1,8-40,4) 17,9 (7,9-35,6) 17,3 (11,9-24,4) 12,5 (4,3-31,0) 14,7 (6,4-30,1) 12,1 (4,8-27,3)	0,3402	101/248 9/22 19/42 0/0 3/10 8/28 52/141 8/25 19/36 12/34	40,7 (34,8-46,9) 40,9 (23,3-61,3) 45,2 (31,2-60,1) - 30,0 (10,8-60,3) 28,6 (15,3-47,1) 36,9 (29,4-45,1) 32,0 (17,2-51,6) 52,8 (37,0-68,0) 35,3 (21,5-52,1)	0,5987	54/248 8/22 10/42 0/0 2/10 5/28 25/141 6/25 12/36 8/34	21,8 (17,1-27,3) 36,4 (19,7-57,0) 23,8 (13,5-38,5) - 20,0 (5,7-51,0) 17,9 (7,9-35,6) 17,7 (12,3-24,9) 20,0 (8,9-39,1) 33,3 (20,2-49,7) 23,5 (12,4-40,0)	0,5015

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ 2009

Στη Θεσσαλία το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού είναι 17.9% για τον 1^ο μηνά ζωής. Ποσοστό μικρότερο από αυτό της Αττικής και της Στερεάς Ελλάδας και της Πελοποννήσου αλλά υψηλότερο από αυτό της Ηπείρου, Θράκης και Κρήτης.

Με ποσοστό 28% παρουσιάζει το χαμηλότερο ποσοστό θηλασμού στους 3 μήνες η Θεσσαλία και στους 6 μήνες με ποσοστό 17.9% βρίσκεται μαζί με τη Μακεδονία στις τελευταίες θέσεις.

Στην Αμερική, σε μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2002, το ποσοστό των θηλαζόντων μητέρων ανέρχεται στο 70.5% ενώ στην Ολλανδία το 90%,στην Αυστραλία 83.8% , στην Νορβηγία το 96% των μητέρων θηλάζουν τα παιδιά τους βγαίνοντας από το μαιευτήριο.

Τα ποσοστά αυτά όπως βλέπουμε διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Διαφορές υπάρχουν επίσης στις ίδιες χώρες μεταξύ διαφόρων υποπληθυσμών.

LLLI Center for Breastfeeding Information

Breastfeeding Statistics

September 15, 2003

COUNTRY	% AT INITIATION	% AT 4-6 MONTHS	REFERENCE NUMBER (see below)
----------------	------------------------	------------------------	-------------------------------------

Europe

Belgium	63.4		9 (Dutch speaking, not French speaking)
Czech Republic	92		3
Denmark	98		3
England, Wales	71	29	2
France	50		1
Germany	86		13
Greece	--	--	
Ireland (North)	31-54	14	1,2
Italy	85	19	12
Luxembourg	88	54	13
The Netherlands	75	37	13
Norway	99		3
Poland	93		3
Portugal	93		3
Romania	91		3
Scotland	50-63	30	6
Spain	91		10
Sweden	97		3
UK	69	21	2

COUNTRY	% AT INITIATION	% AT 4-6 MONTHS	REFERENCE NUMBER (see below)
----------------	------------------------	------------------------	-------------------------------------

Latin America & The Caribbean

Argentina	--	--	
Belize	90	17a	1
Bolivia	97	50*	1
Brazil	93	29*	1
Chile	--	77a	1
Columbia	95	9*	1
Costa Rica	--	35a	1
Dominican Republic	93	19*	1
Ecuador	95	29*	1
El Salvador	94	15*	1
Guatemala	96	46*	1

a = exclusive breastfeeding at 4 months
* = exclusive breastfeeding at 6 months

Haiti	96	2*	1
Honduras	96	33*	1
Nicaragua	92	22*	1
Panama	--	32a	1
Paraguay	94	5*	1
Peru	97	53*	1
Uruguay	--	--	
Venezuela	--	--	

COUNTRY	% AT INITIATION	% AT 4-6 MONTHS	REFERENCE NUMBER (see below)
----------------	------------------------	------------------------	-------------------------------------

Asia

Armenia	--	21a	1
Azerbaijan	--	53a	1
Bangladesh	97	45*	1
Cambodia	--	60a	1
China	93	64a	13, 1
India	95	43*	1
Indonesia	96	42*	1
Kazakstan	96	10*	1
Kyrgyzstan	95	21*	1
Japan	--	41	13, 1
Laos	--	36a	1
Mongolia	--	93a	1
Myanmar	--	30a	1
Nepal	98	74*	1
Pakistan	94	23*	1
Philippines	88	37*	1
Sri Lanka	--	24a	1
Thailand	97	24a	13, 1
Uzbekistan	96	2	1

COUNTRY	% AT INITIATION	% AT 4-6 MONTHS	REFERENCE NUMBER (see below)
----------------	------------------------	------------------------	-------------------------------------

Middle East & North Africa

Algeria	93	5*	1
Bahrain	97	-	1
Egypt	95	56*	1
Iran	98	56*	1
Jordan	95	11*	1
Lebanon	88	12*	1

a = exclusive breastfeeding at 4 months
***** = exclusive breastfeeding at 6 months

***** = exclusive breastfeeding at 6 months

Morocco	95	25*	1
Oman	99	28*	1
Syria	92	12*	1
Tunisia	94	5*	1
Turkey	95	10*	1
United Arab Emirates	93	--	1
Yemen	97	18*	1

COUNTRY	% AT INITIATION	% AT 4-6 MONTHS	REFERENCE NUMBER (see below)
----------------	------------------------	------------------------	-------------------------------------

Sub-saharan Africa

a = exclusive breastfeeding at 4 months

***** = exclusive breastfeeding at 6 months

Benin	97	10*	1
Botswana	--	39a	1
Burkina Faso	99	5*	1
Cameroon	97	12*	1
Cape Verde	--	18a	1
Central African Republic	97	3*	1
Chad	98	2*	1
Comoros	96	3*	1
Congo, Dem. Rep. Of	--	32a	1
Cote d'Ivoire	100	2a	1
Eritrea	98	59*	1
Ethiopia	--	74a	1
Gabon	--	57a	1
Ghana	99	31*	1
Guinea	--	52a	1
Kenya	98	12*	1
Lesotho	--	54a	
Liberia	--	--	
Madagascar	97	48*	1
Malawi	97	2*	1
Mali	95	8*	1
Mauritania	95	10*	1
Mauritius	72	--	1
Mozambique	95	30*	1
Namibia	95	14*	1
Niger	97	1*	1
Nigeria	97	1*	1
Rwanda	97	90*	1

Senegal	97	13*	1
Sierra Leone	--	--	
Sudan	96	1*	1
Swaziland	--	37a	1
Tanzania	97	29	1
Togo	97	10	1
Uganda	98	57*	1
Zambia	98	19*	1
Zimbabwe	99	11*	1

COUNTRY	% AT INITIATION	% AT 4-5 MONTHS	REFERENCE NUMBER (see below)
----------------	------------------------	------------------------	-------------------------------------

North America

Canada	72	31	14
USA	70.1	33.2	15

COUNTRY	% AT INITIATION	% AT 4-5 MONTHS	REFERENCE NUMBER (see below)
----------------	------------------------	------------------------	-------------------------------------

Australia	87	48	16
New Zealand	93.8	56	11

Compiled by Carol Huotari IBCLC
Center for Breastfeeding Information

ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΩΘΗΣΗΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Στην Ελλάδα και όχι μόνο τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού είναι πολύ μακριά από τα επιθυμητά και από αυτά που έχουν βάλει ως στόχο ο ΠΟΥ και η UNICEF. Γι αυτό το λόγο πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προώθησης του μητρικού θηλασμού.

Το 1990 στη Συνάντηση Κορυφής για τα Παιδιά οι εκπρόσωποι όλων των κρατών του Κόσμου αποφάσισαν και δεσμεύτηκαν να δραστηριοποιηθούν ενάντια στην τάση να αποφεύγεται ο μητρικός θηλασμός και υποκαθίσταται από το βρεφικό γάλα του εμπορίου. Το 1992 η διεθνής κοινότητα καθιέρωσε τον εορτασμό της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού θηλασμού μέσα στον Αύγουστο, ενώ στην Ελλάδα γιορτάζεται κάθε χρόνο στις 1-7 Νοεμβρίου από το 1996.

Οι οδηγίες που προτείνονται από την Διακήρυξη Innocenti (Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding) που έγινε στις 1 Αυγούστου 1990 κάνει λόγο για ορισμό Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού, εφαρμογή στα μαιευτήρια των 10 βημάτων για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό, εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα εμπορίας των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και εφαρμογή ευεργετικής νομοθεσίας για τα δικαιώματα της εργαζόμενης μητέρας που θηλάζει.

Πέραν όμως αυτών, που αφορά κρατική πολιτική, οι παιδίατροι θα πρέπει να ενεργοποιηθούν ώστε να δημιουργηθούν στην Ελλάδα Νοσοκομεία και Μαιευτικές Κλινικές <<Φιλικές προς το Βρέφος>>

Σε ό,τι αφορά τα 10 βήματα δράσης, πλαισιωμένα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αυτά είναι:

1. Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για τακτική ενημέρωση του προσωπικού υγείας.
2. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.
3. Πληροφόρηση όλων των εγκύων για το όφελι και το χειρισμό του θηλασμού.
4. Παροχή βοήθειας σε όλες τις εγκύους για να ξεκινήσουν τον θηλασμό μισή ώρα μετά τον τοκετό.
5. Επίδειξη στις έγκυες για το πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρηθεί η διατροφή των βρεφών με το μητρικό γάλα ακόμη και αν πρέπει να αποχωρισθούν από τη μητέρα τους.
6. Να μην δίνεται στα νεογέννητα καμία άλλη τροφή ή άλλο υγρό εκτός από το μητρικό γάλα, εκτός αν ιατρικοί λόγοι επιβάλλουν κάτι διαφορετικό.
7. Να παραμένει η μητέρα με το παιδί 24 ώρες την ημέρα ώστε να διευκολύνεται ο μητρικός θηλασμός.
8. Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό το ζητά.
9. Όχι πιπίλες ή άλλα αντικείμενα στο στόμα όταν το μωρό θηλάζει.
10. Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού στις οποίες θα απευθύνονται οι μητέρες όταν φεύγουν από το νοσοκομείο.

Από το 1991 που ξεκίνησε η πρωτοβουλία αυτή, 20 χρόνια μετά από την εφαρμογή των 10 βημάτων, περισσότερα από 20.000 νοσοκομεία σε 152 χώρες σε όλο τον κόσμο έχουν χαρακτηριστεί ως τέτοια μέσα στα τελευταία 15 χρόνια.

Εκτός από τα 10 βήματα που προτείνονται από τον ΠΟΥ και την UNICEF σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία πρέπει να εφαρμοσθούν και αλλαγές στην περιγεννητική φροντίδα όπως:

- Να μην δίνεται νάρκωση στη μητέρα για τη συρραφή της πυρηνотоμίας αλλά να γίνεται με τοπική αναισθησία.
- Για προγραμματισμένη ΚΤ να γίνεται επισκληρίδιος και όχι γενική αναισθησία.
- Να αφήνεται το μωρό γυμνό, σκεπασμένο με μια κουβέρτα, αμέσως μετά τον τοκετό, για μισή ώρα πάνω στη μητέρα του.

Η διεθνής κοινότητα για να προαγάγει τον θηλασμό καθιέρωσε την Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού μέσα στον Αύγουστο. Λόγω καιρικών ιδιαιτεροτήτων, στην Ελλάδα από το 1996 γιορτάζεται κάθε χρόνο από 1-7 Νοεμβρίου. Παρ' όλα αυτά όμως πολλές είναι οι μητέρες οι οποίες είτε δεν θηλάζουν το μωρό τους είτε εγκαταλείπουν την προσπάθεια λόγω δυσκολιών.

Χρέος λοιπόν τόσο των Νοσηλευτών όσο και των Μαιευτήρων είναι η συμπαράσταση, η ενημέρωση και η βοήθεια προς τη νέα μητέρα. Για να γίνει όμως αυτό χρειάζεται η ευαισθητοποίηση όλων των λειτουργών αλλά και η συνεχής επιμόρφωσή τους στα μαιευτήρια και στα κέντρα μητρότητας.

Σεμινάρια με θέμα τον Μητρικό Θηλασμό είναι απαραίτητα για απόκτηση γνώσεων και για να είναι σε θέση να πείσουν τις μητέρες να τον δεχτούν. Πρέπει να διαμορφωθεί μια πολιτική όσον αφορά τον θηλασμό από μέρους των γυναικολόγων και παιδιάτρων. Όλοι πρέπει να προαγάγουν τον Μητρικό Θηλασμό.

Τέλος, υπάρχουν αρκετά που μπορούν να κάνουν τα κράτη για να προστατεύσουν, να προωθήσουν και να υποστηρίξουν τον Μητρικό Θηλασμό.

Κάποια από αυτά είναι:

- ☐ ☐ Να μεριμνήσουν για ικανοποιητική περίοδο άδειας μητρότητας και δημιουργία εύκαμπτου ωραρίου (δια νόμου), για μητέρες που επιστρέφουν στην δουλειά τους, όπως και για διαλείμματα θηλασμού.
- ☐ ☐ Να απαιτήσουν από τους εργοδότες να παρέχουν εγκαταστάσεις στο χώρο εργασίας ώστε να επιτρέπουν στις εργαζόμενες μητέρες να συνεχίζουν να θηλάζουν.
- ☐ ☐ Να προστατεύσουν το δικαίωμα της μητέρας να θηλάζει σε δημόσιους χώρους.
- ☐ ☐ Να υποστηρίξουν ευνοϊκότερες θέσεις από αυτές που περιέχονται στην αναθεωρημένη Σύμβαση Νο 103 του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας (ILO) σχετικά με τη Μητρική Προστασία.
- ☐ ☐ Να υποστηρίξουν την εφαρμογή και εμπέδωση των άλλων υπάρχοντων δικαιωμάτων.

□□Να παρέχουν επαρκή πληροφόρηση στις μητέρες και στο υγειονομικό προσωπικό, συμπεριλαμβανομένων και των γιατρών, μαιών , νοσοκόμων για την προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού.

□□Να εξασφαλίσουν ότι όλες οι υγειονομικές εγκαταστάσεις που παρέχουν υπηρεσίες μητρότητας ακολουθούν τα «Δέκα βήματα για τον επιτυχή θηλασμό» όπως διακηρύσσονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τη UNICEF, ως μέρος της Πρωτοβουλίας για Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη.

□□Να εμποδίσουν κάθε μορφή προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος ή φιαλών θηλασμού (μπιμπερό) στο υγειονομικό προσωπικό και στο κοινό, αλλά κυρίως προς τις γυναίκες, πριν ή αμέσως μετά τον τοκετό.

□□Να υιοθετήσουν νομοθετικά μέτρα για την πλήρη εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Μάρκετινγκ για τα Υποκατάστατα Μητρικού γάλακτος όπως ζητά η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και να δεσμεύουν τις βιομηχανίες ώστε να ακολουθούν όλες ή κάποιες από τις πρακτικές εμπορίου που προβλέπονται από τον Κώδικα.

Η προτροπή και η ενθάρρυνση, η υποστήριξη και η βοήθεια σε συνδυασμό με σωστή ενημέρωση είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι μπορεί να καθορίσουν ακόμη και την μελλοντική υγεία της μητέρας και του παιδιού.

Γι' αυτόν και για άλλους πολλούς λόγους, εμείς σαν επαγγελματίες υγείας, έχουμε υποχρέωση να πείσουμε την μητέρα ότι ο μητρικός θηλασμός είναι απαραίτατο μητρικό καθήκον.

Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Country	Year	Exclusive Breastfeeding Rate (%)		Timely Complementary Feeding Rate (%)		Continued Breastfeeding Rate (%)	
		< 4 months	< 6 months	6-9 months	12-15 months	20-23 months	
Albania	2006	49	40	69	74	22	

National survey on BF and young child feeding practices, Tables 8 - 23, pp. 20 - 28

Τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού και ιδιαίτερα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού των Αλβανίδων μητέρων είναι χαμηλότερα εδώ στην Ελλάδα απ' ότι τα αντίστοιχα στην Αλβανία. Χαρακτηριστικό ότι σε ηλικία 1 μηνός μόλις το 16.7% των Αλβανίδων μητέρων θηλάζει αποκλειστικά το μωρό της ενώ στην Αλβανία μέχρι 4 μηνών θηλάζουν αποκλειστικά τα παιδιά τους το 49% των Αλβανίδων μητέρων.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός στον 1 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 3 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 6 ^ο συμπληρωμένο μήνα		
	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p
Ηλικία μητέρας									
≤ 19 ετών	0/8	0		1/9	11,1 (2,0-43,5)		0/9	0	
20-24 ετών	8/43	18,6 (9,7-32,6)		17/43	39,5 (26,4-54,4)		14/43	32,6 (20,5-47,5)	
25-29 ετών	28/159	17,6 (12,5-24,3)	0,1463	58/163	35,6 (28,6-43,2)	0,1483	34/163	20,9 (15,3-27,7)	0,3245
30-34 ετών	48/224	21,4 (16,6-27,3)		90/226	39,8 (33,7-46,3)		47/226	20,8 (16,0-26,6)	
35-39 ετών	32/117	27,4 (20,1-36,1)		57/119	47,9 (39,1-56,8)		28/119	23,5 (16,8-31,9)	
≥ 40 ετών	2/22	9,1 (2,5-27,8)		7/22	31,8 (16,4-52,7)		5/22	22,7 (10,1-43,4)	
Χώρα καταγωγής μητέρας									
Ελλάδα	102/495	20,6 (17,3-24,4)	0,7006	186/501	37,1 (33,0-41,4)	0,0005	96/501	19,2 (16,0-22,8)	<0,0001
Αλβανία	7/42	16,7 (8,3-30,6)		29/43	67,4 (52,5-79,5)		22/43	51,2 (36,8-65,4)	
Άλλη	9/37	24,3 (13,4-40,1)		15/39	38,5 (24,9-54,1)		10/39	25,6 (14,6-41,1)	

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΠΑΙΔΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ 2009

Συγκρίνοντας τις Αλβανίδες στην Ελλάδα με τις Ελληνίδες διαπιστώνουμε ότι τον 1^ο μήνα οι Ελληνίδες θηλάζουν αποκλειστικά τα μωρά τους σε ποσοστό 20.6% , ενώ ο αποκλειστικός θηλασμός στα βρέφη Αλβανίδων μητέρων είναι 16.7%. Το ποσοστό θηλασμού για τον 3^ο μήνα στις Ελληνίδες είναι 37.1% και στις Αλβανίδες 67.4%. Στους 6 μήνες οι Ελληνίδες θηλάζουν σε ποσοστό 19.2% και οι Αλβανίδες σε ποσοστό 51.2%.

16. Τρόπος ζωής: διατροφή

16.1. Μητρικός θηλασμός

Πίνακας 16.1. Κατανομή των ανηλίκων από 0 μηνών έως 4 ετών σύμφωνα με το είδος της διατροφής κατά τις 6 πρώτες εβδομάδες ζωής τους

Σειρά: M45-a
Στήλες: H2

	Άρρεας	Γυναίκες	Σύνολο
Μηγαλόγαλα	53.7	55.6	54.7
Συνδυασμός μητρικού γάλακτος με γάλα σε σκόνη	26.8	13.3	19.8
Γάλα σε σκόνη	18.5	31.1	25.6
Σύνολο	100	100	100
Ποσότητα (H)	(39)	(29)	(59)

Πίνακας 16.2. Κατανομή των ανηλίκων από 0 μηνών έως 4 ετών σύμφωνα με το είδος της διατροφής από τις 6 πρώτες εβδομάδες ζωής τους έως τους 3 μήνες

Σειρά: M45-b
Στήλες: H2

	Άρρεας	Γυναίκες	Σύνολο
Μηγαλόγαλα	35.7	35.6	35.6
Συνδυασμός μητρικού γάλακτος με γάλα σε σκόνη	23.8	28.9	26.4
Γάλα σε σκόνη	48.5	35.6	37.9
Σύνολο	100	100	100
Ποσότητα (H)	(39)	(29)	(59)

Πίνακας 16.3. Κατανομή των ανηλίκων από 0 μηνών έως 4 ετών σύμφωνα με το είδος της διατροφής από τους 3 έως τους 6 μήνες

Σειρά: M45-c
Στήλες: H2

	Άρρεας	Γυναίκες	Σύνολο
Μηγαλόγαλα	23.0	14.6	19.8
Συνδυασμός μητρικού γάλακτος με γάλα σε σκόνη	20.0	38.0	29.6
Γάλα σε σκόνη	55.0	46.3	50.6
Σύνολο	100	100	100
Ποσότητα (H)	(39)	(29)	(59)

Ιστορία της Ιατρικής Archives of Hellenic Medicine: ISSN 11-05-392

Σε ό,τι αφορά την πληθυσμιακή ομάδα των Αθιγγάνων το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού για τις πρώτες 6 εβδομάδες της ζωής είναι 54.7% και της μικτής διατροφής 19.8%. Μειώνεται στο 33.6% και 26.4% αντίστοιχα μετά τις 6 εβδομάδες ζωής έως τους 3 πρώτους μήνες της ζωής. Στους 6 μήνες θηλάζει αποκλειστικά πλέον μόνο το 19.8% και σιτίζεται με μικτή διατροφή το 29.6% των βρεφών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταγραφούν τυχόν διαφορές σε ότι αφορά τη συμπεριφορά σε σχέση με το θηλασμό μητέρων που ανήκουν σε διαφορετικούς υποπληθυσμούς του νομού Λάρισας και πιο συγκεκριμένα Ελληνίδες, Αλβανίδες και Τσιγγάνες.

ΥΛΙΚΟ

Ο υπό μελέτη πληθυσμός είναι μητέρες-παιδιά που γεννήθηκαν και κατοικούν στον νομό Λάρισας από τον Αύγουστο του 2010 έως τον Ιούλιο του 2011, στη διάρκεια ενός έτους. Όπως προκύπτει από το Ληξιαρχείο της Λάρισας σε αυτό το διάστημα είχαμε 2692 γεννήσεις, συνολικά, παιδιών που οι μητέρες τους δηλώνουν τόπο κατοικίας στο νομό Λάρισας, εκ των οποίων οι 2221 είναι Ελληνίδες.

Σε ό,τι αφορά το δείγμα, επιλέχθηκαν μητέρες που ήταν Ελληνίδες, Αλβανίδες και Τσιγγάνες, γέννησαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και κατοικούσαν στο Ν. Λάρισας. Από το βιβλίο ασθενών της Μαιευτικής Κλινικής καταγράφονταν ο αριθμός τηλεφώνου μητέρων που δήλωναν τόπο κατοικίας στο Ν. Λάρισας και νοσηλεύθηκαν λόγω τοκετού το χρονικό διάστημα από τον Ιούλιο 2010 έως τον Ιούλιο 2011. Για κάθε μήνα επιλέχθηκαν περίπου το 1/3 από αυτές και η επιλογή ήταν τυχαία οι πρώτες.

Συγκεντρώθηκαν **156 (5.79%)**, από αυτές απάντησαν τελικά στο ερωτηματολόγιο οι **118 (4.38%** του συνολικού υπό μελέτη πληθυσμού). Από αυτές που δεν απάντησαν οι 8 δεν ήθελαν-δεν είχαν χρόνο και οι υπόλοιπες δεν απάντησαν στο τηλεφώνημα ή ήταν λάθος ο αριθμός.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικώς. Χρησιμοποιήθηκε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε την ηλικία της μητέρας και του πατέρα(ανοιχτή ερώτηση), την εργασία και των δυο γονέων (απάντηση ναι η όχι –κλειστή ερώτηση), την ύπαρξη ή όχι αδελφών(ανοιχτή ερώτηση), αν θήλασαν τα αδέλφια (απάντηση ναι/όχι), την ηλικία του βρέφους, αν θηλάζει ή αν θήλασε για τουλάχιστον 1 μήνα και, τέλος, για τις μητέρες που δεν θήλασαν το λόγο για τον οποίο συνέβη αυτό (ανοιχτή ερώτηση).Τα τηλεφωνήματα και τις ερωτήσεις τις έθετε η συνεντεύκτρια και οι ερωτήσεις απευθύνονταν στις μητέρες κυρίως και, μερικές φορές, στον πατέρα αν δεν ήταν εκεί η μητέρα.

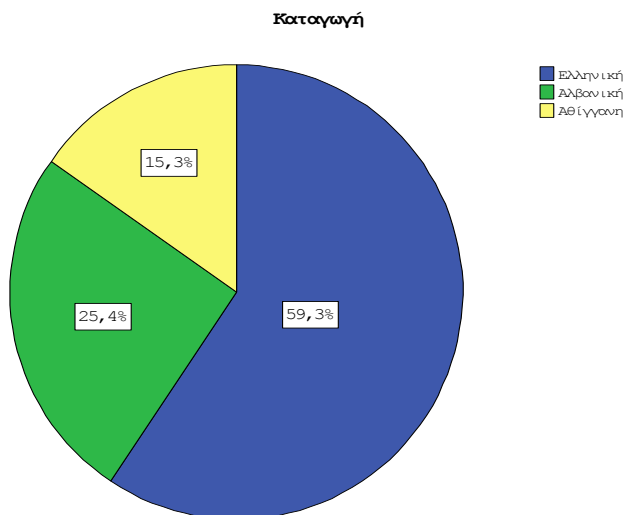
Τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν αναλύθηκαν με το SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

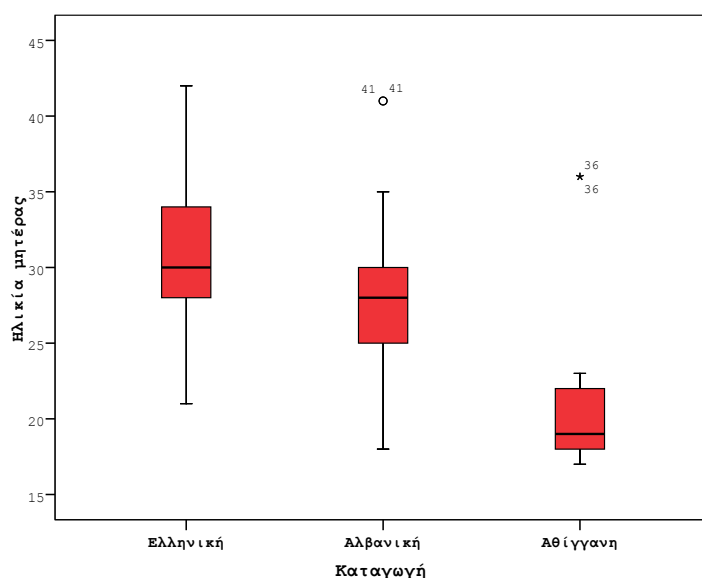
Από το σύνολο των 158 ερωτηθέντων απάντησαν 118.
Από αυτές οι 70 (59.3%) ήταν Ελληνίδες, οι 30(25.4%) ήταν Αλβανίδες και οι 18(15.3%) ήταν Τσιγγάνες.

Καταγωγή	Συχνότητα	%
Ελληνική	70	59,3
Αλβανική	30	25,4
Αθίγγανη	18	15,3
Σύνολο	118	100



Όσον αφορά την ηλικία των μητέρων έχουμε τα παρακάτω στοιχεία:

Καταγωγή	Ηλικία μητέρας				
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	IQR	Εύρος
Ελληνική	31,1	5,1	30	28-34	21-42
Αλβανική	27,8	5,6	28	25-30	18-41
Αθίγγανη	21,3	5,8	19	18-22	17-36
IQR: ενδοτεταρτημοριακό εύρος					



Στο παραπάνω γράφημα έχουμε την ηλικία της μητέρας ανά καταγωγή. Παρατηρούμε λοιπόν ότι οι Αθίγγανες είναι οι νεότερες όλων με μέση τιμή ηλικίας 21.3 (sd 5.8), ακολουθούν οι Αλβανίδες με μέση τιμή 27.8 (sd 5.6) και, τέλος, οι Ελληνίδες είναι οι μεγαλύτερες με τιμή 31.1(sd 5.1) .

Διάμεση τιμή ηλικίας είναι για τις Ελληνίδες 30, για τις Αλβανίδες 28 και τις Αθίγγανες 19 ετών

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης είχαμε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

	Εκπαίδευση μητέρας							p-value*
	Βασική		Δευτεροβάθμια		Τριτοβάθμια		Σύνολο	
Καταγωγή	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα	
Ελληνική	4	5,7	36	51,4	30	42,9	70	
Αλβανική	6	20	22	73,3	2	6,7	30	
Αθίγγανη	18	100	0	0	0	0	18	<0,001
*Likelihood ratio test								

Βλέπουμε λοιπόν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην εκπαίδευση μεταξύ Ελληνίδων, Αλβανίδων και Αθιγγάνων. Το 42,9% των Ελληνίδων είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ των Αλβανίδων και των Αθιγγάνων το αντίστοιχο ποσοστό είναι 6,7% και 0% αντίστοιχα.

Τα αποτελέσματά μας σχετικά με την εργασιακή απασχόληση είχαν ως εξής:

	Επάγγελμα μητέρας									p-value*
	Ιδ. Υπαλ.		Δημ. Υπαλ.		Ελευθ. Επαγ.		Άνεργη		Σύνολο	
Καταγωγή	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα	<0,001
Ελληνική	14	20	20	28,6	6	8,6	30	42,9	70	
Αλβανική	0	0	0	0	2	6,7	28	93,3	30	
Αθίγγανη	0	0	0	0	0	0	18	100	18	
*Likelihood ratio test										

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά και όσον αφορά την εργασιακή απασχόληση. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι οι Ελληνίδες εργάζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό (70%) απ ό,τι οι Αλβανίδες (30%) και οι Αθίγγανες (0%).

Οι ηλικίες των μελετηθέντων βρεφών ήταν:

Καταγωγή	Ηλικία παιδιού		Διάμεσος	IQR	Εύρος
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση			
Ελληνική	5,4	3	6	2-7	1-12
Αλβανική	5,9	3,1	6	4-7	1-12
Αθίγγανη	4,8	3,7	5	1-8	1-11
IQR: ενδοτεταρτημοριακό εύρος					

Τα παιδιά των Ελληνίδων μητέρων θήλασαν σε ποσοστό 42.9%, των Αλβανίδων μητέρων σε ποσοστό 73.3% και τα παιδιά των Αθιγγάνων μητέρων σε ποσοστό 11.1%.
Η διαφορά αυτή είναι στατιστικώς σημαντική.

Καταγωγή	Θήλασαν		Όχι		Σύνολο	p-value*
	Ναι		Όχι			
Καταγωγή	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα	p-value*
Ελληνική	30	42,9	40	57,1	70	<0,001
Αλβανική	22	73,3	8	26,7	30	
Αθίγγανη	2	11,1	16	88,9	18	
*Pearson Chi-square test						

Από τα παιδιά που θήλασαν το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού είναι παρόμοιο στις Ελληνίδες και τις Αλβανίδες.

Καταγωγή	Διατροφή		Μείκτη διατροφή		Σύνολο
	Αποκλειστικός θηλασμός		Μείκτη διατροφή		
Καταγωγή	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα
Ελληνική	20	66.6	10	33.4	30
Αλβανική	15	68.18	7	31.82	22
Αθίγγανη	0	0	2	100	2

Στους λόγους μη θηλασμού την πρώτη θέση έχει η απάντηση „δεν είχα γάλα (39 μητέρες, 60.93%). Οι απαντήσεις „δεν ήθελα,, και „για λόγους υγείας,, ήταν σχεδόν το ίδιο συχνές 20.31% και 18.75%.

	Δεν θήλασαν, γιατί						
	Δεν είχα γάλα		Λόγοι υγείας		Δεν ήθελα		Σύνολο
Καταγωγή	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα
Ελληνική	29	72.5	10	25	1	2.5	40
Αλβανική	5	62.5	2	25	1	12.5	8
Αθίγγανη	5	31.25	0	0	11	68.75	16

Εντύπωση προκαλεί το ποσοστό των Αθιγγάνων μητέρων που απάντησαν „δεν ήθελα,, σε 68.75% πολύ υψηλό ποσοστό.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των Ελληνίδων μητέρων στο Ν. Λάρισας που θηλάζουν τα παιδιά τους είναι 42.9% . Το ποσοστό αυτό είναι λίγο μικρότερο από το 60% (για παιδιά που έχουν θηλάσει τουλάχιστον 1 μήνα) που δίνει το ΙΥΠ στη μελέτη που έγινε το 2009 και αφορά όλη την Ελλάδα.

Το ποσοστό των Αλβανίδων μητέρων που ζουν στο Νομό Λάρισας και θηλάσαν τα παιδιά τους είναι 73.3%. Το ποσοστό αυτό είναι μεν μεγαλύτερο από αυτό των Ελληνίδων μητέρων αλλά μικρότερο από αυτό των Αλβανίδων που ζουν στην Αλβανία. Το ποσοστό των μητέρων Αθιγγάνων που θηλάζει τα παιδιά τους στη συγκεκριμένη μελέτη είναι 11.1%. Αυτές οι διαφορές μεταξύ τους είναι στατιστικώς σημαντικές και διαπιστώνουμε ότι οι Αλβανίδες θηλάζουν περισσότερο τα παιδιά τους, ακολουθούν οι Ελληνίδες και οι Αθίγγανες θηλάζουν πολύ λιγότερο .

Εφόσον έχουμε κάνει αυτή τη διαπίστωση, ας δούμε τί θα μπορούσε να εξηγήσει αυτή τη διαφορά στους διάφορους υποπληθυσμούς του Νομού.

Μελετήθηκαν επιμέρους παράμετροι , που έχουν διαπιστωθεί από διάφορες μελέτες ότι επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά το θηλασμό. Τέτοιες είναι το επίπεδο εκπαίδευσης (επηρεάζει θετικά), η εργασιακή απασχόληση της μητέρας(επηρεάζει αρνητικά) και η ηλικία της μητέρας(όσο μικρότερη η ηλικία τόσο λιγότερα συχνός ο θηλασμός). Άρα, θεωρητικά ο πληθυσμός με τα υψηλότερα ποσοστά θηλασμού θα έπρεπε να έχει την υψηλότερη εκπαίδευση, μεγαλύτερες σε ηλικία μητέρες και μητέρες που δεν εργάζονται.

Από την παρούσα μελέτη διαπιστώνουμε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των Ελληνίδων μητέρων είναι υψηλότερο από αυτό των Αλβανίδων και των Αθιγγάνων. Το ποσοστό των Αλβανίδων μητέρων που εργάζονται είναι χαμηλότερο από αυτό των Ελληνίδων, αλλά και από αυτό των Αθιγγάνων. Και, τέλος, η ηλικία των Ελληνίδων μητέρων είναι μεγαλύτερη, αλλά κοντά στην ηλικία των Αλβανίδων, ενώ των Αθιγγάνων είναι πολύ μικρότερη.

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι οι Αλβανίδες θηλάζουν περισσότερο τα παιδιά τους παρόλο που η εκπαίδευση τους είναι χαμηλότερη, έχουν το πλεονέκτημα όμως να εργάζονται λιγότερο. Επίσης είναι λίγο νεότερες από τις Ελληνίδες , αλλά αυτό δεν τις επηρεάζει αρνητικά απ ό,τι φαίνεται. Οι Αθίγγανες μητέρες παρόλο που δεν εργάζονται δεν θηλάζουν. Είναι όμως πολύ νεότερες και έχουν πολύ χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η διαφορά που παρατηρείται στα ποσοστά θηλασμού μεταξύ μητέρων που ανήκουν σε κοινωνίες με διαφορετική κουλτούρα δεν μπορεί να αποδοθεί μονάχα στους μέχρι τώρα διαπιστωμένους παράγοντες που επηρεάζουν τον μητρικό θηλασμό αλλά είναι πολύ πιο περίπλοκο. Φαίνεται ότι ανά κοινωνική ομάδα υπάρχει μια γενικότερη στάση-θέση-τοποθέτηση του συνόλου του πληθυσμού αυτής επί του θηλασμού που πρέπει να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την απόφαση μιας μητέρας να θηλάσει ή όχι το παιδί της.

Συγκρίνοντας τώρα τις Αλβανίδες- Αθίγγανες με τις Ελληνίδες αυτό που μπορεί να πει κανείς σε γενικές γραμμές είναι ότι πληθυσμοί που έχουν ενσωματωθεί στην ελληνική κοινωνία και πραγματικότητα (Αλβανοί μετανάστες) τείνουν να υιοθετήσουν και συμπεριφορές που περιλαμβάνουν και τον μητρικό θηλασμό και έτσι παρουσιάζουν παρόμοια συμπεριφορά με τη χώρα στην οποία έχουν ενσωματωθεί και μάλιστα πολλές φορές τροποποιείται η συμπεριφορά τους από την αρχική δυναμική του. Αντίθετα πληθυσμοί που δεν έχουν ενσωματωθεί (Αθίγγανοι) στην ελληνική κοινωνία φαίνεται να διαφοροποιούνται εντελώς. Ακολουθούν δική τους συμπεριφορά εντελώς διαφορετική από τους υπόλοιπους.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι λόγοι που οι Ελληνίδες και Αλβανίδες μητέρες δεν θηλάζουν τα παιδιά τους είναι κυρίως ότι δεν έχουν γάλα και κατά δεύτερο λόγο θέματα υγείας. Αντίθετα με τις Αθίγγανες που αναφέρουν από την αρχή απόφασή τους να μην θηλάσουν. Στις Αθίγγανες το 100% λέει ότι δεν θέλει. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί πολυπλεύρως. Από τη μια βλέπουμε ότι Ελληνίδες και Αλβανίδες σε ένα ποσοστό 25% αναφέρουν <<αδυναμία>> θηλασμού για λόγους υγείας, που θα μπορούσε να είναι απόρροια επιρροής ιατρικού και παραιατρικού περιβάλλοντος. Επίσης, σε ποσοστό 72.5% και 62.5% αντίστοιχα αναφέρουν ότι δεν έχουν γάλα, κάτι που θα μπορούσε να είναι απόρροια ακόμα και μιας γενικότερης νοοτροπίας η αντίληψης περί του θηλασμού στην ελληνική κοινωνία. Οι Αθίγγανες εδώ και πάλι φαίνεται να μην έχουν κοινά και απαντούν ξεκάθαρα ότι δεν επιθυμούν να θηλάσουν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παραπάνω μελέτη διαπιστώνει κανείς ότι Ελληνίδες και Αλβανίδες μητέρες έχουν παρόμοια συμπεριφορά σε ότι αφορά τον μητρικό θηλασμό και διαφοροποιούνται αρκετά από τις Αθίγγανες. Αν και στα επιμέρους χαρακτηριστικά (μόρφωση, εργασία) έχουν διαφορές με τις Ελληνίδες οι Αλβανίδες και ίσως να έχουν και περισσότερα κοινά με τις Αθίγγανες, παρόλα αυτά δεν συμπεριφέρονται το ίδιο με τις Αθίγγανες. Επομένως θα έλεγε κανείς ότι κάτι άλλο είναι αυτό που κάνει τις Αλβανίδες να έχουν την ίδια η παρόμοια συμπεριφορά σε ότι αφορά τον μητρικό θηλασμό. Αυτό που γνωρίζουμε είναι ότι οι Αλβανίδες είναι περισσότερο ενσωματωμένες στην ελληνική πραγματικότητα και επομένως ακολουθούν και την γενικότερη κατεύθυνση-νοοτροπία. Η έναρξη η όχι του θηλασμού, καθώς και η διατήρηση αυτού, φαίνεται να επηρεάζεται πολύ από αυτό που ισχύει γενικά και ίσως να μην έχει να κάνει με κάθε γυναίκα ξεχωριστά, αλλά με το σύνολο, γι αυτό αν κανείς επιθυμεί μα αυξηθούν τα ποσοστά ίσως θα έπρεπε να παρέμβει σε πιο γενικά θέματα, κοινωνικά.

Το θέμα των Αθίγγανων και το γιατί δεν θηλάζουν σχεδόν όλες τα παιδιά τους είναι κάτι που σίγουρα πρέπει να απασχολήσει και να μελετηθεί περισσότερο. Αν αναλογιστεί κανείς ότι στην πλειονότητά τους είναι φτωχές οικογένειες, με αυξημένη νοσηρότητα στην βρεφική ηλικία, καταλαβαίνει κανείς γιατί είναι πολύ σημαντικό να θηλάζουν τα παιδιά τους. Η μόνη σημαντική διάφορα από τις Ελληνίδες και τις Αλβανίδες είναι η ηλικία των μητέρων , δηλ οι Ελληνίδες και Αλβανίδες μητέρες είναι κατά μια 10ετία περίπου μεγαλύτερες από τις Αθίγγανες. Όμως, αυτό από μόνο του δεν θα μπορούσε να είναι ο κύριος λόγος διότι, αν προτρέπονταν από το περιβάλλον (μητέρα, πεθερά, σύζυγο) πιθανώς να ήταν διαφορετικά τα ποσοστά. Σίγουρα υπάρχει χώρος για περισσότερη μελέτη που θα βοηθούσε και σε πιθανές παρεμβάσεις στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ
Ελένη Γάκη, Δημήτρης Παπαμιχαήλ, Γιασεμή Σαραφίδου, Τάκης Παναγιωτόπουλος, Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, 2009
2. Θηλασμός και Σύγχρονος Τρόπος Ζωής. Η Ελληνική Πραγματικότητα
Π. Ηλιάδη, Ε. Παλάσκα, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 48(4), 352-357, 2009
3. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ Β.Δ. ΕΛΛΑΔΑΣ
Α. Ντουρντούφη, Α. Ευθυμίου, Β. Χολέβας, Σ. Ανδρονίκου
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ, 18(4), 347-352, 2006
4. Κυριάκου Ι, Baldwin-Edwards M, Κακαλικά Π, Κάτσιος Γ. Στατιστικά Δεδομένα για τους Μετανάστες στην Ελλάδα: Αναλυτική μελέτη για τα διαθέσιμα στοιχεία και προτάσεις για τη συμμόρφωση με τα standards της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μελέτη για λογαριασμό του Ι.Μ.Ε.Π.Ο., από το Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευσης Ι.Α.Π.Α.Δ. Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τελική Έκθεση, Αναθεωρημένη έκδοση, 15 Νοεμβρίου 2004.
5. Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ
Ι. Γεωργίου, Π. Λαπαντζάνης
6. ΔΕΛΤΙΟ Α ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, 37(1), 54-61, 1990
7. Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΕΒΡΟ.
Μ. ΧΑΤΖΗΣΤΥΛΙΑΝΟΥ, Κ. ΣΑΜΑΡΑΣ, Β. ΑΡΒΑΝΙΤΙΔΟΥ, Ι. ΚΑΡΠΟΥΖΑΣ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ, 50(5), 267-273, 1987
8. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ GOBI ΤΗΣ UNICEF.
. ΠΑΙΟΝΙΔΗΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ, 14(4), 226-232, 1985
9. Υγεία και κοινότητα των Ρομά: Ανάλυση της κατάστασης στην Ελλάδα
10. Πέντε κρίσιμες δεκαετίες για τη βρεφική διατροφή, 1900-1950. Η περίπτωση της Ελλάδας, Ιστορία της Ιατρικής Archives of Hellenic Medicine: ISSN 11-05-392
11. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. Beaudry, Dufour, Marcoux 1995
12. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002.
13. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989.
14. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003.
15. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration. Florence, 1990.
16. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989.
17. FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992.
18. Breast milk decreases the risk of obesity, C.A. Laranjeira, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE: ISSN 11-05-3992
19. Beral V. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease,

- women without the disease. *The Lancet* 2002, 360: 187-195
20. Jernstrom H, Lubinski J, Lynch HT, Ghadirian P, Neuhausen S, Isaacs C, et al. Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst* 2004, 96: 1094-8.
 21. Abou-Dakn M, Scheele M, Strecker JR. Does breast-feeding prevent breast cancer, *Zentralbl Gynakol* 2003,125: 48-52.
 22. Helewa M, Levesque P, Provencher D, Lea RH, Rosolowich V, Shapiro HM. Breast cancer, pregnancy, and breastfeeding. *J Obstet Gynaecol Can* 2002, 24: 164-184.
 23. Flores MS, Fairchok MP. The relationship of breastfeeding to antimicrobial exposure in the first year of life. *Clin Pediatr (Phila)* 2004, 43: 631-6.
 24. Hanson LA, Korotkova M. The role of breastfeeding in prevention of neonatal infection. *Semin Neonatol* 2002, 7: 275-281.
 25. Oddy WH. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. *Breastfeed Rev* 2001, 9:11-8.
 26. Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Altaye M, Jiang X, Guerrero ML, Meinzen-Derr JK, et al. Human milk oligosaccharides are associated with protection against diarrhea in breast-fed infants. *J Pediatr* 2004, 145:297-303.
 27. Kennedy KL. Effects of breastfeeding on women's health. *Int J Gynaecol Obstet* 1994, 47: S11-21.
 28. Lucas A, Morley R, Cole TJ. Randomised trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. *BMJ*.1998;317 :1481– 1487
 29. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr*.1995;126 :696– 702
 30. Armstrong J, Reilly JJ, Child Health Information Team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*.2002;359 :2003– 2004
 31. Weimer J. *The Economic Benefits of Breast Feeding: A Review and Analysis*. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13. Washington, DC: Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, US Department of Agriculture; 2001



BREASTFEEDING

It Rocks!

motifake.com